

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 143

LA
FIÈVRE DU TRAVAIL
dans l'accouchement

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 Juin 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugène RAVON

Né le 3 Décembre 1874 à Serrières (Ardèche)

LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

—
Juin 1899

LA

FIÈVRE DU TRAVAIL

dans l'accouchement

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 143

LA

FIÈVRE DU TRAVAIL

dans l'accouchement

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 Juin 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugène RAVON

Né le 3 Décembre 1874 à Serrières (Ardèche)



LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

—
Juin 1899

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	{	MM. LÉPINE. BONDET.
Cliniques chirurgicales.....	{	OLLIER. PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.....		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.....		PIERRET.
Physique médicale.....		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.....		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.....		FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.....		LORTET.
Anatomie.....		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.....		RENAUT.
Physiologie.....		MORAT.
Pathologie interne.....		TEISSIER.
Pathologie externe.....		AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MAYET.
Anatomie pathologique.....		TRAPIER.
Médecine opératoire.....		POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée.....		ARLOING.
Médecine légale.....		LACASSAGNE.
Hygiène.....		BARD.
Thérapeutique.....		SOULIER.
Pharmacie.....		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL.	agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS	—
Accouchements.....	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.....	BEAUVISAGE	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (Aug.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président; LANNOIS, Assesseur

MM. ROQUE et BÉRARD, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE. — A MA MÈRE

A MON ONCLE et A MA TANTE REVOIL

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS DE LA FAMILLE VEYRAT

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR PONCET

A M. LE DOCTEUR VINAY
Professeur-Agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin accoucheur des Hôpitaux

INTRODUCTION

Après avoir fait notre stage à la clinique obstétricale de M. le professeur Fochier — stage trop court, hélas! — nous avons eu la rare chance d'obtenir de M. le docteur Vinay l'accès de la maternité de l'Hôtel-Dieu. Nous avons pu ainsi compléter, sous l'œil d'un maître éminent, notre instruction pratique dans l'art si intéressant et si complexe des accouchements.

C'est pendant ce stage supplémentaire que nous avons constaté que certains accouchements s'accompagnaient de fièvre, d'état général, et étaient suivis, dans certains cas, de septicémie grave, dans d'autres, d'un postpartum normal.

Après avoir publié dans le *Bulletin médical*, du 12 avril 1899, un intéressant article sur ces faits, M. le docteur Vinay a bien voulu nous charger d'approfondir la question, peu connue, presque négligée en France, mieux étudiée en Allemagne. C'est ce mémoire que nous vous présentons : La fièvre du travail *dans l'accouchement*. Qu'on nous pardonne ce pléonasme, voulu pour indiquer sans ambiguïté, dès la lecture du titre, la branche médicale dont ressort cette étude.

Presque toutes nos observations proviennent de la

maternité de l'Hôtel-Dieu ou de la salle Sainte-Marie, qui en est comme l'infirmierie. Nous avons eu recours aux travaux allemands — assez nombreux sur cette question de la *Fieber in der Geburt* — soit pour les commenter, soit pour les rejeter ; mais c'est l'article du *Bulletin médical* qui a servi, en quelque sorte, de canevas à notre travail, et a orienté notre opinion vers les conclusions pathogéniques et thérapeutiques que nous formulons à la fin de notre thèse.

Voici le plan que nous allons suivre pour cette étude d'ensemble de la fièvre dans l'accouchement :

- 1° Court historique de la question ;
- 2° Etiologie et statistique ;
- 3° Symptomatologie, formes cliniques et observations ;
- 4° Pathogénie et microbiologie ,
- 5° Diagnostic ;
- 6° Pronostic ;
- 7° Thérapeutique ;
- 8° Conclusions.

Les chapitres ayant trait à la pathogénie — question assez controversée encore à l'heure actuelle — et au traitement seront les plus approfondis, parce que plus importants.

Et maintenant que la dernière étape de nos études est sur le point d'être franchie, que le but de nos efforts va être atteint, nous sentons, au souci des examens, faire place à une préoccupation plus intense, plus élevée : celle de la responsabilité et des devoirs qui vont nous incomber de par notre nouvelle situation.

Mais c'est toujours avec émotion et regret que nous songerons aux années passées à la Faculté de Lyon, aux bons amis que nous y avons connus, aux maîtres surtout, dont le dévouement et la sympathie nous laissent une forte dette de reconnaissance à acquitter.

M. le professeur Poncet nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous sentons tout le prix de ce témoignage de bienveillance et nous l'en remercions vivement.

M. le docteur Vinay, professeur agrégé à la Faculté, médecin-accoucheur des hôpitaux, nous a toujours témoigné une grande sympathie et nous a donné une nouvelle preuve d'intérêt en nous confiant le sujet de ce travail. Nous sommes fiers de compter parmi ses élèves, et nous garderons longtemps le souvenir de ses précieuses leçons du vendredi, sur les maladies de la grossesse. Qu'il daigne recevoir l'assurance de notre profonde gratitude et nos plus sincères remerciements.

Nous avons mis à contribution la connaissance approfondie de la langue allemande qu'à notre cher camarade d'études le docteur Virgile Veyrat. MM. Vignard et Martin, internes des hôpitaux, nous ont également aidé de leurs conseils et ont facilité notre tâche. A tous, nous adressons nos plus vifs remerciements.

FIÈVRE DU TRAVAIL

dans l'accouchement

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Cette revue historique des travaux parus sur la fièvre des parturientes sera un peu brève, faute de matière. En effet, la fièvre du travail est une question peu connue, qui a été délaissée par les auteurs plus occupés à étudier la septicémie des suites de couches.

L'un des premiers travaux parus sur la question est d'un Français : à propos d'un ouvrage de Wunderlich sur la température dans les maladies, Verrier publie, en 1872, dans la *Gazette obstétricale* de Paris (p. 231) un « Essai sur la température pendant la grossesse et le travail » qui n'a, d'ailleurs, pas attiré l'attention des accoucheurs à cette époque.

Bonnal fait en novembre 1885 une communication à l'Académie des Sciences, touchant ses recherches expérimentales sur la température de la femme au moment de l'accouchement ; il conclut que le travail de l'accouchement n'a pas pour conséquence obligée d'élever, d'une façon toujours appréciable, la température de la parturiente. Les conditions d'âge, de multiparité, de présentation, etc., ne semblent pas non plus intervenir dans la pathogénie de cette fièvre.

En 1888-89, Hansen, à Copenhague, publie une étude sur la fièvre des accouchées qu'il considère comme le résultat d'une infection : cette fièvre aggrave le pronostic et est dans certains cas une indication pour l'intervention. Son travail est traduit en allemand en 1890 : « Fiebertemperatur bei Gebärenden. »

L'année suivante, Winter fait une importante communication à la Société obstétricale et gynécologique de Berlin (séance du 23 janvier 1891) sur l'origine de la fièvre du travail. Il a observé 45 parturientes fiévreuses ; sur ce nombre, Winter considère que, dans la moitié des cas, l'élévation de la température est due au travail musculaire exagéré pendant l'accouchement ; dans l'autre moitié des cas, c'est l'infection qui est coupable. La fièvre du premier groupe n'est pas une indication à terminer le travail ; tandis que, dans le deuxième groupe, il faut agir. Dans cette même séance, Olshausen confirme l'opinion de Winter. Ce dernier expose ses travaux dans un article du *Ztsch. f. Geburt. und Gyn.* (1892) ; « Fieber in der geburt. »

Il est combattu par Krönig qui, dans une étude magistrale de la fièvre du travail (communication à la Société obstétricale de Leipzig, 21 mai 1894, *Centralbl. f. gyn.*, p. 749) démontre que le travail exagéré du muscle utérin et des muscles abdominaux ne peut donner de la fièvre pendant l'accouchement. Il montre qu'on doit tout rapporter à l'infection par les mêmes microbes que ceux de la septicémie puerpérale ; il fait voir la gravité du pronostic pour l'enfant et il conclue à une intervention hâtive.

Dans un article publié avec Menge (*Wien. med.*

Press., 1897, p. 1639), Krönig revient sur la pathogénie de la fièvre du travail, sur le mode de contamination et rejette l'hypothèse de l'auto-infection due aux microbes endogènes du vagin admise par Walthard dans son : « Examen bactériologique des sécrétions génitales dans la grossesse et l'état puerpéral. » (*Arch. f. gyn.*, XLVIII, 1895).

Mais cette même année (1897) paraît la thèse de Wichmann, élève de Strassmann, de Berlin : « Fieber in der geburt und im Wochenbett » dans laquelle l'auteur réédite l'opinion de Winter sur la fièvre musculaire fonctionnelle et attaque la pratique des injections intra-utérines dans les suites de couches fébriles.

Enfin, en avril 1899, M. le docteur Vinay publie dans le *Bulletin médical* un article fort intéressant, très documenté, avec trois observations de fièvre du travail. Dans ce mémoire, l'auteur reprend les travaux de Krönig et démontre par des chiffres que l'hypothèse de la fièvre musculaire n'est pas soutenable : dans tous les cas la fièvre du travail est due à une infection. M. le docteur Vinay considère deux formes cliniques, une grave et une légère; enfin il insiste sur ce fait qu'on ne saurait toujours rendre l'accoucheur responsable de l'infection. C'est le dernier travail paru sur la question.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET STATISTIQUE

La fièvre du travail n'est pas un accident fréquent. M. le docteur Vinay dit : « Si on a soin de prendre la température rectale chez un certain nombre de femmes, à différentes reprises pendant l'accouchement, on compte que 3 à 4 0/0 d'entre elles peuvent être considérées comme fébricitantes. »

En 1888-89, Hansen ⁽¹⁾ à l'hôpital d'accouchements de Copenhague a pris la température chez 362 parturientes et dans 16 cas il a constaté une température supérieure à 38°, ce qui fait une proportion de 4 à 5 0/0 de fiévreuses. Krönig ⁽²⁾ (communication à la Société obstétricale de Leipzig, séance du 21 mai 1894) a vu que sur 440 parturientes, 2,5 0/0 avaient une température dépassant 38°. Winckel, qui a possédé une nombreuse statistique admet que 2 à 3 0/0 des femmes qui accouchent, présentent de la fièvre pendant le travail.

Wichmann, dans sa thèse ⁽³⁾, fait porter sa statis-

(1) Hansen, traduit en allemand : Fiebertemperatur bei Gebarenden.

(2) *Centralbl. f. gyn.*, 1894.

(3) *Fieber in der Geburt und im Wochenbett*. Thèse de Berlin, 1897.

tique sur 1735 accouchements observés à la Polyclinique obstétricale de Berlin, sous la direction du professeur Strassmann. Il a noté de la température, pendant le travail, chez 99 femmes, c'est-à-dire dans 5 0/0 des cas.

Le taux de 4 à 5 0/0 donné par Hansen et par Wichmann est exagéré, car il convient de remarquer que les accouchements dans les hôpitaux présentent tous quelque complication, c'est-à-dire de grandes causes d'infection. De plus, dans les cliniques, les femmes sont soumises à l'examen des étudiants, ce qui augmente encore les chances d'infection. En tenant compte de ces faits, le taux de 2 à 3 0/0 nous semble s'approcher le plus de la vérité.

Wichman note toutes les circonstances qui ont accompagné ces accouchements fiévreux, en particulier les deux points suivants :

(a) La durée totale de l'accouchement a été :

moins de 6 heures dans	4,8 0/0 des accouchements
16 à 12	— — 12,1 —
12 à 18	— — 15,8 —
18 à 23	— — 8,4 —
24 à 30	— — 10,6 —
30 à 40	— — 6,8 —
40 à 60	— — 5,8 —
60 à 100	— — 6,3 —
plus de 100	— — 8,4 —
durée inconnue	— — 20 —

(b) La rupture de la poche des eaux s'est faite :

Rupture prématurée dans.....	21,8 0/0
Rupture en temps normal.....	70,7 0/0
Rupture non constatée.....	7,4 0/0

Ce qui nous frappe dans cette statistique c'est que, dans les accouchements avec fièvre, la durée du travail a été de plus de 18 heures dans près de la moitié des cas, et que la poche des eaux s'est rompue avant son heure, c'est-à-dire avant que la dilatation soit suffisante, dans 21,8 0/0 des cas.

Glockner (1) a trouvé chez les fiévreuses 30 0/0 de de bassins rétrécis au lieu de la proportion ordinaire de 15 0/0 et par suite, admet que le bassin rétréci prédispose à la septicémie.

L'âge de la parturiente, le nombre de grossesses antérieures, la présentation, ne semblent avoir aucune influence sur la température pendant l'accouchement (Bonnal).

En somme : rupture prématurée des membranes, travail prolongé, bassin rétréci, sont des conditions étiologiques que l'on rencontre souvent dans la fièvre du travail. Nous verrons, plus tard, en étudiant la pathogénie, que ces conditions ne sont pas les seules à intervenir et que d'ailleurs elles sont insuffisantes à faire naître cette fièvre.

(1) Temperaturmessungen bei Gebarenden, *Ztsch. f. Geburtshilfe und gynaekologie*. Bd. 21.

CHAPITRE III

SYMPTOMES, FORMES CLINIQUES ET OBSERVATIONS

La fièvre du travail n'affecte pas une allure sensiblement pareille dans tous les cas. Le symptôme capital est bien toujours l'élévation de la température chez une femme qui accouche, mais il est nécessaire dans la description de distinguer deux formes ; et cette division nous la retrouverons à tous les chapitres de cette étude.

1° Forme légère

Dans la plus grande partie des cas, on a affaire à un accouchement de longue durée : la poche des eaux est souvent rompue depuis quelques heures et la dilatation ne se fait pas. On constate alors, une élévation de la température ; mais la fièvre est peu intense : le thermomètre oscille entre 38° et 39° ; et c'est presque le seul symptôme pathologique.

Le début n'est pas marqué par un frisson, et le pouls est en rapport avec la température. Comme symptômes généraux, rien ou presque rien : pas de douleurs abdominales, ni de tétanisation de l'utérus,

pas d'agitation, pas de dyspnée; la langue est bonne et le facies est celui d'une parturiente normale. Enfin, et c'est un bon signe rétrospectif, la température tombe et redevient normale à la fin de la période d'expulsion, et elle ne se reproduit pas dans les suites de couches.

Nous ne donnerons qu'un exemple: toutes les observations se rapportant à cette forme légère semblent calquées les unes sur les autres.

OBSERVATION I

(Tirée de la thèse de Wichmann),

Journ. n° 562. — Semestre d'hiver 94-95.

Cinquième grossesse. Présentation du sommet. Rachitisme et bassin aplati.

Contractions énergiques. L'expulsion se fait 21 heures après la rupture de la poche des eaux. Peu avant la sortie de l'enfant la température rectale est de 38°2, le pouls = 80 L'accouchement se fait spontanément. L'enfant est vivant.

Après l'accouchement, la température redevient normale. Les suites de couches ont été physiologiques.

2° Forme grave

Mais dans tous les cas on n'a pas la marche bénigne que nous venons de décrire; il existe une forme — moins fréquente que la précédente — où les accidents revêtent d'emblée une allure symptomatique grave.

Le début se fait par un frisson violent, brusque, assez prolongé, accompagné fréquemment de vomisse-

ments, d'agitation, de malaise général. La température rectale atteint et dépasse 40°; le pouls est très rapide, plus ou moins régulier. Du côté de l'utérus on se rend compte que la poche des eaux est le plus souvent intacte, la dilatation incomplète.

L'état général devient de plus en plus mauvais. Le facies pâle, tiré de la parturiente, traduit la souffrance et l'anxiété. Le travail se ralentit; l'utérus est très douloureux à la palpation, il reste contracturé dans l'intervalle des douleurs. M. le docteur Vinay insiste beaucoup sur cette tétanisation de l'utérus pendant le travail et sur l'exagération des douleurs; ce sont des signes constants.

L'accouchement se produit au bout de peu de temps — spontanément ou grâce à une intervention — mais n'est pas suivi d'une défervescence; ou du moins si la température baisse, elle remonte quelques heures après. La soif devient intense, la langue est sèche, le facies devient anxieux et se plombe, l'état général s'aggrave: en un mot, on est en présence d'une septicémie des suites de couches.

D'ailleurs, les observations que nous allons citer, mieux que toute description, feront voir la marche de cette forme grave de la fièvre du travail, forme sur laquelle nous insisterons particulièrement dans notre thèse.

Les observations qui suivent sont celles de malades de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Elles nous ont été communiquées gracieusement par M. le docteur Vinay, que nous remercions à nouveau de sa bienveillance. Les trois premières ont été publiées,

résumées dans le *Bulletin Médical* ; l'observation V est inédite et l'observation VI a fait l'objet d'une communication à la Société des Sciences médicales de Lyon.

OBSERVATION II

Maternité n° 18. — *Primipare. — Auto-infection. — Frisson et température pendant le travail. — Enfant vivant. — Endométrite. — Rhumatisme infectieux de nature septicémique. — Mort.*

Marie G. . . , 25 ans, dévideuse, primipare.

Cette femme a toujours eu une menstruation irrégulière avec des intervalles de trois mois et plus. Les dernières règles sont du milieu d'août 1894. La grossesse a été assez bonne ; cependant à plusieurs reprises il est survenu des douleurs utérines. Il n'y a pas eu de vomissements, ni de pertes blanches.

Le travail débute le 24 mai 1895 dans la matinée et cette femme entre à la maternité. Au toucher, on constate un col effacé, à peine dilaté, la poche des eaux intacte. On prend les précautions antiseptiques ordinaires pour cet examen et on lui fait une injection vaginale avec la solution boriquée tiède. Les douleurs sont peu marquées ; la femme se lève et se promène pendant la plus grande partie de la journée.

Dans la soirée, la parturiente ressent un violent frisson avec malaise général. Pendant la nuit elle est très agitée, ne dort pas et souffre beaucoup.

25 mai. — A la visite, vers 10 heures du matin, la température rectale est de 39°7. La dilatation du col est complète, la poche intacte, l'enfant vivant, la tête sur le plancher. La mère est pâle, inquiète, agitée ; elle souffre de l'abdomen et à

la palpation dans l'intervalle des douleurs on sent l'utérus dur, rigide, tétanisé.

Le travail continue progressivement et l'accouchement se fait sans intervention à 2 heures après-midi. La poche des eaux se rompt quelques minutes avant la sortie de la tête en OIGA. Les eaux ne sont pas bourbeuses.

La délivrance est normale. L'enfant est vivant et bien portant.

Immédiatement après la délivrance on fait une injection intra-utérine de neuf litres avec la solution boriquée tiède.

Le soir, la température s'élève à 40°.

26 mai. — La nuit a été bonne. L'état général est satisfaisant malgré la température de 40° et le pouls à 124. Pas de vomissements, ni de frissons. Le ventre n'est douloureux qu'au niveau de l'utérus.

Traitement : 1 gramme de sulfate de quinine, opium, cham-pagne, lait, bouillons, lavages utérins boriqués.

27 mai. — La malade va mieux. Température 38°5 ; pouls 95.

Douleur assez vive dans la fesse gauche et la partie supérieure de la cuisse. Parésie à ce niveau. Il semble qu'il y ait une localisation douloureuse au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche et de la hanche.

29 mai. — Amélioration de la douleur des articulations du membre inférieur gauche, mais douleur très vive dans l'épaule gauche : les mouvements sont impossibles.

L'utérus est peu douloureux : l'involution se fait lentement. La température est toujours élevée.

Traitement : Quinine, lavages utérins boriqués, puis iodés. Immobilisation du membre supérieur gauche par un bandage de Mayor.

1^{er} juin. — Etat général assez bon, langue humide. Température : 39°, pouls 130. Les lochies coulent abondamment.

Le poignet gauche est tuméfié sans pus apparent. La main

est en flexion légère et les mouvements provoquent des douleurs atroces; l'articulation de l'épaule gauche est très douloureuse, mais la région n'est pas tuméfiée.

Traitement: antipyrine (3 gr.), salicylate de soude (3 gr.), immobilisation des jointures douloureuses, lavages utérins.

5 juin. — Le poignet et l'épaule gauches sont à peu près guéris, mais le matin on trouve une tuméfaction notable du genou gauche avec un épanchement qui distend les culs de sac.

Etat général médiocre. Température: $39^{\circ}2$; pouls à 140. Quelques vomissements alimentaires. L'utérus et les annexes paraissent revenus à leur état normal.

Traitement: antipyrine, immobilisation. On cesse les lavages et on supprime le salicylate de soude mal toléré.

7 juin. — Hier soir, la malade a présenté du délire analogue au délire fébrile: hallucinations de la vue et de l'ouïe. Elle voyait son lit entouré de fleurs, et des jeunes filles l'engageaient à sortir de son lit; elle s'est levée de son appareil et est tombée brusquement à terre.

Ce matin, elle a un souvenir parfait de son délire et de ses visions, et donne les détails. Le genou gauche est moins tendu, moins rouge. La langue est un peu sèche. La température baisse, mais le pouls reste à 140.

8 juin. — Aggravation de l'état général: la malade se refuse à toute alimentation, sauf pour les liquides alcooliques glacés, un peu de subdélirium, plaintes inconscientes. Les organes génitaux ne présentent rien d'anormal, mais les symptômes généraux d'infection n'ont pas cédé.

Température: 39° ; pouls à 132.

9 juin. — La température monte: $40^{\circ}2$. Le genou est toujours douloureux et tuméfié. Diarrhée abondante, état général grave.

10 juin. — Toujours même état alarmant, la diarrhée con-

tinue. Température : 40°2 ; pouls 152, soubresauts des tendons. Alimentation un peu meilleure. Genou moins tuméfié et moins douloureux. Quelques pétéchies aux cuisses et sur la paroi abdominale.

11 juin. — La malade est dans le coma. Température : 40°7. Mort dans la soirée.

Autopsie. — La muqueuse utérine est rouge, mais il n'y a pas de pus dans l'utérus, ni dans les trompes qui sont saines. Rien dans le petit bassin.

Dans le genou gauche, on trouve du pus grumeleux mal lié. Les préparations ont montré que le pus est dû au streptocoque.

Note. — Pour être complet, nous devons ajouter que toutes les femmes qui accouchèrent à la maternité le même jour que cette malade, ainsi que le lendemain, présentèrent des symptômes de septicémie ; elles étaient au nombre de sept et cinq furent gravement atteintes, mais toutes guérissent.

M. Vinay raconte à propos de cette épidémie : « j'assistais pour la première fois dans mon service à l'éclosion d'une épidémie, peu grave à la vérité, mais qui me mortifia profondément ; j'en croyais le retour impossible depuis que l'application de l'antisepsie est devenue la règle dans les maternités ».

OBSERVATION III

Maternité n° 4. — *Secondipare.* — *Fièvre du travail.* — *Lentueur du travail.* — *Frisson la veille de l'accouchement.* — *Application de l'écarteur de Tarnier.* — *Enfant né vivant.* — *Mort de l'enfant le lendemain.* — *Septicémie dans les suites de couches.* — *Guérison.*

Marie S..., 22 ans, repasseuse, secondipare. Bonne santé

habituelle, sauf un peu d'anémie; rien de spécial dans les antécédents.

Le premier accouchement date du mois d'avril 1894. La grossesse avait été bonne, l'accouchement fut normal et les suites de couches physiologiques.

Deuxième grossesse, dernières règles, 20 à 22 mars 1898; grossesse bonne jusqu'à la fin novembre. Les douleurs apparaissent le 26 novembre dans la soirée, persistent dans la nuit et cessent le 27. Le 28, quelques douleurs vagues.

Le 29, ces douleurs s'accroissent, mais la dilatation ne se fait pas. Ce jour-là la malade fait à pied une course de cinq à six kilomètres, à Montchat, et revient de même façon par un temps brumeux et froid. A son retour, vers quatre heures du soir, elle est prise d'un frisson violent, suivi de vomissements, de malaise général et d'agitation. Elle rentre alors à la maternité de l'Hôtel-Dieu.

Les derniers rapports conjugaux ont eu lieu le 27 novembre, c'est-à-dire deux jours avant l'entrée à la maternité.

30 nov. — A la visite de 10 heures, on est frappé par la pâleur et l'anxiété de cette femme qui se plaint de faiblesse, de vertiges et d'une soif ardente.

L'utérus est très sensible à la palpation et reste contracturé dans l'intervalle des douleurs. Le col est à peine dilaté à un franc et la poche des eaux intacte.

La température rectale s'élève à 40°5; le pouls est à 104. L'urine est pâle et contient un léger disque d'albumine.

A 11 heures, on applique l'écarteur de Tarnier.

A 3 heures du soir, l'accouchement se produit. La poche des eaux ne se rompt que quelques minutes avant l'expulsion de l'enfant. Celui-ci arrive en O I G A; il est vivant et pèse 3 kilos.

La délivrance est normale et sitôt terminée, on fait un

lavage de l'utérus avec dix litres d'eau bouillie tiède, puis avec trois litres d'une solution iodée à 3‰.

Peu de temps après l'accouchement, la température s'abaisse à 38°8, mais dans la soirée elle remonte à 40°2.

1^{er} décembre. — Nuit mauvaise, agitée. Langue sèche; soif intense. Pas de vomissements, mais des douleurs utérines. La température, qui s'est abaissée, se relève à 40°4. Pouls 110.

Traitement : deux demi bouteilles de champagne, 100 grammes de rhum, lavages utérins, glace sur le ventre.

Vers neuf heures du soir, l'enfant est pris de vomissements et meurt très rapidement.

2 déc. — L'état s'est aggravé : il n'y a pas eu de vomissements, mais le ventre est ballonné, les anses intestinales se dessinent sous la peau. Langue sèche, noirâtre; facies anxieux; soif intense; insomnie absolue; constipation. Température de ce matin : 39°8; pouls 128.

Traitement : lavement laxatif, injection sous-cutanée d'un litre de sérum artificiel.

3 déc. — La température se maintient vers 39°8; pouls 120. Diarrhée abondante qu'on cherche à enrayer avec du benzonaphtol.

5 déc. — L'amélioration se dessine : soif moins vive, langue humide, ballonnement du ventre moins marqué. Température : 38°6; pouls 104.

7 déc. — La malade va bien. Température 37°6; pouls 80. Quelques douleurs abdominales persistent.

9 déc. — Nouvelle élévation de température : 40°1. Le pouls est bon : 90 pulsations. Langue sèche; muguet. Les douleurs abdominales continuent.

12 déc. — Grande amélioration. Température : 37°; pouls 76.

13 déc. — La température remonte à 39°8; pouls 100. L'état général n'est cependant pas plus mauvais que les jours précédents. Pas de symptômes de localisation abdominale.

14 déc. — Température : 40° 8; pouls 100. Au toucher vaginal, rien du côté des annexes.

28 déc. — Quelques douleurs dans la fosse iliaque droite. On constate au toucher : dans le cul-de-sac latéral droit, une grosse induration provenant d'une salpingite, peu douloureuse à la pression.

4 janvier. — La tuméfaction de la fosse iliaque droite devient plus douloureuse; au toucher, on perçoit dans le cul-de-sac latéral droit une tumeur fluctuante. Température : 39°. Constipation opiniâtre.

Traitement : glace sur le ventre, lavement évacuateur.

19 janv. — Incision (par M. le docteur Jaboulay) de la salpingite, qui ne forme pas un foyer bien limité. Il sort cependant du pus dont les cultures. — faites par M. le docteur Lyonnet — indiquent la présence de streptocoques, seulement.

9 mars. — La malade sort entièrement guérie. La terminaison a été lente, en raison de la suppuration interminable au niveau du point incisé.

Ainsi que dans l'observation précédente, lors de l'accouchement de cette malade, deux femmes accouchèrent le même jour et dans le même local qu'elle. Ces deux parturientes présentèrent des phénomènes d'infection assez marqués, avec une période d'incubation très nette : ce n'est que le troisième jour du puerperium qu'apparurent le frisson et l'élévation de la température. L'une et l'autre guérirent assez rapidement.

OBSERVATION IV

Maternité n° 39. — *Septième grossesse. — Fièvre du travail.*
— *Accouchement spontané. — Enfant vivant. — Phlébite*
variqueuse suppurée consécutive. — Mort. — Autopsie.

Marie B..., 31 ans, ménagère. Son père est rhumatisant ; sa mère bien portante mais variqueuse. Elle a huit frères ou sœurs bien portants.

Réglée à 15 ans, toujours régulièrement. Elle en est à sa septième grossesse. Cinq ont été bonnes, rendues seulement pénibles par des varices des membres inférieurs. La malade présente ces varices depuis l'âge de 16 ans ; à chaque grossesse elles deviennent plus volumineuses et plus gênantes, mais après l'accouchement elles rétrocedent et la malade n'en est pas gênée.

La deuxième grossesse s'est terminée par une fausse couche à trois mois. Les cinq accouchements à terme ont été normaux et ont donné des enfants vivants. Deux enfants sont morts dans la suite : un de choléra infantile, l'autre avec des accidents méningitiques. Cette femme n'a pas eu de maladie grave antérieurement ; elle est très sujette à s'enrhumer. La grossesse actuelle (la septième) a été troublée plus que les autres par les varices, très douloureuses, car la malade s'est livrée jusqu'au bout à des travaux pénibles.

Cette femme arrive, à terme, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 29 janvier 1899, à 9 heures du soir, atteinte déjà des douleurs de l'accouchement. Personne ne l'a examinée avant son entrée. Les derniers rapports sexuels datent de quatre jours.

Le travail dure environ sept heures ; la poche des eaux ne se rompt que peu avant l'expulsion fœtale, qui se fait sans intervention. L'enfant est vivant et pèse 3 kilogr. 600.

Au cours du travail, cette femme fut prise de frissons et de vomissements, la température s'éleva à 39°, alors que la poche des eaux était intacte et que le col n'avait pas encore achevé sa dilatation.

30 janvier. — A la visite, on constate que l'état général ne

s'améliore pas. La malade est absorbée, répond mal aux questions.

Elle se plaint surtout de ses varices, beaucoup plus douloureuses depuis l'accouchement. Les deux membres inférieurs sont douloureux, la peau est un peu tendue, sans œdème notable. Les veines y dessinent des réseaux apparents. Par places (à la jambe gauche, en arrière; à la cuisse droite, le long de la saphène et dans le pli inguinal), on note des paquets saillants, plus douloureux, au niveau desquels la peau est rouge. Pas d'adénite inguinale.

L'abdomen est météorisé et sensible. Soif vive, constipation opiniâtre. Les vomissements ont cessé. Insomnie. Les urines n'ont pas d'albumine.

La fièvre persiste entre 38 et 39°. Pouls régulier un peu rapide. Langue sale et blanche. Aux poumons quelques râles fins aux bases, mais pas de dyspnée ni de toux.

Comme traitement : repos au lit, pansements humides avec enveloppement au papier à la gutta et un peu de compression.

4 février. — Dans les points indiqués, il se développe au pourtour des varices enflammées des phlyctènes contenant une sérosité louche et parfois même sanguinolente. Au niveau de la cuisse droite, une phlyctène s'est ouverte spontanément; elle communique avec le tissu cellulaire sous-cutané qui a suppuré, et il sort par l'orifice du sang mélangé de pus.

Dans les cultures pratiquées avec ce pus, on trouve du streptocoque pyogène seulement.

Le ventre est un peu ballonné et douloureux à la pression. La température se maintient élevée.

5 fév. — L'état général s'aggrave.

A une heure du matin, le pouls est très rapide (136 pulsations) mais régulier. Facies grippé. L'abdomen est météorisé et tendu, très douloureux spontanément et à la palpation. Vomissements verdâtres assez fréquents. Pas de hoquet.

A six heures du soir, l'état s'est encore aggravé; pouls filiforme, très rapide, incomptable. Les douleurs abdominales très vives persistent. L'intelligence reste complète.

Mort vers dix heures du soir, le septième jour après l'accouchement.

Autopsie. — Le petit bassin est rempli de sérosité louche; les anses intestinales sont fortement distendues et ne présentent pas de fausses membranes.

A la coupe du corps utérin, on trouve des foyers disséminés de phlébite purulente, surtout confluent, au niveau de la section placentaire.

Du côté des membres inférieurs, on constate de nombreux foyers phlegmoneux disséminés, à localisation péri-veineuse et entourant les veines variqueuses et thrombosées.

Comme dans les observations précédentes il y eut ici un cas de contagion: une femme qui accoucha la même nuit que notre malade, fut prise le quatrième jour de ses couches de phénomènes infectieux peu accentués d'ailleurs et qui guérissent assez rapidement.

OBSERVATION V (Inédite)

Maternité n° 34. — *Onzième grossesse. — Rupture prématurée de la poche des eaux. — Présentation de l'épaule. — Fièvre du travail. — Putréfaction du fœtus. — Physométrie. — Version. — Septicémie grave dans les suites de couches. — Guérison.*

Marie B..., 42 ans, ménagère, onzième grossesse. Les antécédents n'offrent rien de particulier. Six enfants sont vivants sur dix.

La malade ne se souvient pas exactement des dernières règles, mais elle comptait avoir encore un mois de gestation.

Le vendredi 18 mars 1898 elle ressentit quelques douleurs et le 19, elle perdit les eaux en grande quantité. La sage-femme appelée déclara que le travail n'était pas encore commencé.

Le 21 mars, un médecin fit les mêmes constatations et prescrivit des lavages, car les eaux qui s'écoulaient par intervalles étaient bourbeuses et fétides.

Le 23 mars, le médecin trouva le col entrouvert, un membre engagé et fit le diagnostic de présentation du siège (?). Il envoya la parturiente à la maternité.

A l'examen, on sent le col dilaté à trois francs et une main procidente. Le pouls est rapide, la température 39°7.

On fait immédiatement la version et on ramène un fœtus de 2 kil. 200, non macéré, mais dont l'épiderme commence à desquamer. La femme dit avoir senti bouger l'enfant la veille.

Pendant le cours de l'intervention, il s'écoule de l'utérus un liquide d'odeur fétide qui bouillonne comme s'il eut été traversé par des gaz (physométrie).

Une heure après l'accouchement, la malade est prise d'un frisson intense; la respiration est haletante (50 respirations par minute), le pouls incomptable.

Rien à l'auscultation du poumon. La face et les mains sont violacées, les yeux hagards.

On fait absorber à la malade 100 grammes de rhum et on l'isole.

Le frisson cesse au bout d'une demi-heure. La peau est brûlante. Température 39°8; pouls: 144.

On fait une injection sous-cutanée d'un litre de sérum artificiel. Il se fait une sudation plus abondante, le pouls est plus régulier mais toujours rapide.

Deux heures après, on fait une nouvelle injection de trois-quarts de litre de sérum artificiel. En même temps, lavages intra-utérins à l'eau bouillie, puis à l'iode. A l'intérieur, champagne et rhum.

24 mars. — La malade est mieux ; elle a bien reposé, la température et le pouls ont baissé.

On donne un lavement qui provoque une selle abondante. Le soir, une injection sous-cutanée de 600 grammes de sérum artificiel ; lavage à l'eau bouillie.

Le liquide qui sort de l'utérus est toujours fétide et accompagné de gaz. La malade, du reste, se rend compte elle-même qu'elle fait des gaz par la vulve.

25 mars. — L'amélioration persiste ; température : 38°, pouls : 104. Le ventre est peu ballonné, pas douloureux.

On cesse les injections de sérum artificiel, on continue le champagne et les lavages.

26 mars. — Etat général bon, mais la température remonte à 38°6, pouls : 112.

On injecte à nouveau 400 grammes de sérum artificiel et on fait un lavage intra-utérin.

28 mars. — La malade va bien. La température est 37°.

30 mars. — La température remonte un peu. Etat général bon.

2 avril. — La malade peut-être considérée comme guérie.

OBSERVATION VI

Sainte-Marie n° 40. — *Secundipare*. — Grippe quelques jours avant l'accouchement. — Fièvre du travail. — Accélération du travail (injections chaudes, ballon de Champetier). — Version. — Enfant mort depuis deux jours. — Culture du liquide amniotique recollé avant la rupture de la poche. —

Aggravation après l'accouchement. — Mort le quatrième jour des couches. — Autopsie.

Eugénie E. . . , 28 ans, ménagère, secondipare.

Bonne santé habituelle. Rien dans les antécédents à noter. Réglée à 15 ans, toujours régulièrement, mariée depuis 6 ans; elle a accouché une première fois le 14 juillet 1895; la grossesse fut bonne et l'accouchement normal. Les suites de couches furent physiologiques et la femme se leva le huitième jour de ses couches. L'enfant est actuellement vivant et bien portant.

La grossesse actuelle est la deuxième. Dernières règles : 22-26 août 1898. Rien de spécial dans la grossesse, sauf qu'il y a un mois, environ cette femme fut prise de malaises généraux avec fièvre, dyspnée, bronchite, en somme des symptômes qu'on peut rapporter à la grippe, mais quinze jours avant l'accouchement, tous les troubles avaient disparu et la santé était revenue.

23 mai. — Cette femme est examinée le matin, avec toutes les précautions antiseptiques ordinaires. On constate l'existence d'un fœtus à terme, en OIDA, vivant.

La femme rentre chez elle. Le soir, côit. Le précédent côit date de six à sept jours.

Vers 11 heures, la malade, couchée, est prise brusquement de malaises généraux, nausées, puis vomissements alimentaires et bilieux; il y a un peu de diarrhée. La femme ressent quelques frissons et la nuit est très mauvaise. Depuis ce moment, la malade ne perçoit plus les mouvements de l'enfant.

24 mai. — La femme rentre à la maternité vers trois heures du soir; les malaises de la veille paraissent s'être amendés; elle présente les premiers signes de l'accouchement.

Nuit mauvaise, pas de sommeil, agitation, soif ardente.

15 mai. — A l'examen, vers 11 heures du matin, on constate l'état suivant : facies pâle, un peu anxieux ; douleurs utérines très vives, même dans l'intervalle des contractions ; langue sèche, soif ardente, frissons répétés. Les vomissements ont cessé, mais la diarrhée persiste encore ; pouls à 132. La température est de 39°6 ; pas de dyspnée. Les urines retirées par la sonde, sont très albumineuses.

La tête est engagée, le segment inférieur formé, mais le col est épais, comme œdémateux, entrouvert à deux francs. La poche est intacte, on ne perçoit pas les bruits du cœur fœtal. L'indication est formelle d'activer le travail.

On donne du champagne, puis on fait des injections chaudes dans le col pour hâter l'accouchement.

A 2 heures du soir, on introduit le ballon de Champetier avec un poids de deux kilogs. Cette introduction provoque la rupture de la poche des eaux.

Les contractions utérines qui étaient peu marquées reprennent très vite et à quatre heures, la dilatation est presque complète.

A ce moment la température rectale est de 40°. On pratique la version et on extrait un enfant mort depuis deux jours environ ; une partie de l'épiderme des pieds est macéré et s'exfolie. Poids 3 kil. 300.

Délivrance au bout de quinze minutes, rien de spécial.

Le placenta est verdâtre, et quand les eaux s'écoulèrent on constata qu'elles étaient louches, verdâtres mais sans mauvaise odeur. Les membranes paraissent très épaisses.

Après la délivrance : irrigation utérine avec 18 litres d'eau bouillie, puis 3 litres de la solution iodée. Le soir à six heures et demie soit deux heures après, la malade est prise d'un violent frisson. La température s'élève à 41°8. Le pouls est à 144. La soif est intense, mais les vomissements ont cessé ; seule la diarrhée persiste.

Champagne, injection de caféine.

26 mai. — La nuit a été satisfaisante ; la fièvre a baissé : 39,9 le matin. Pouls : 120. Les frissons ont cessé, pas de vomissements ; peu de diarrhée, si bien que la malade a pu dormir plusieurs heures. Mais l'utérus est resté extrêmement douloureux, il est dur, rigide, bien qu'il n'y ait pas eu administration d'ergotine et il est impossible de le palper en raison de son extrême sensibilité.

La respiration est un peu anxieuse, rapide (32 respirations à la minute), aucun signe de péritonite, mais le faciès est toujours très pâle, la langue sèche, la soif ardente.

Traitement : injection sous-cutanée de sérum artificiel d'un litre. Champagne. Thé au rhum. Injection de caféine.

28 mai. — Nuit mauvaise, dyspnée très marquée, faciès grippé, météorisme abdominal, douleur abdominale, diarrhée, pas de vomissements, langue rôtie, fièvre élevée.

Glace sur le ventre. Un litre de sérum comme les jours précédents.

29 mai. — Mort à trois heures du matin.

Autopsie pratiquée le 30 mai.

Ventre tuméfié, peu de ballonnement intestinal. A la section de la paroi abdominale on voit les anses distendues et il s'écoule un liquide gris roussâtre, sans odeur. Les anses intestinales ne sont pas agglutinées.

Dans le bassin au niveau des culs-de-sac péritonéaux on trouve quelques fausses membranes.

Utérus : à la section des ligaments larges on voit le tissu conjonctif envahi par une infiltration purulente circonscrite.

A la coupe de l'utérus les vaisseaux sanguins sont sains. Aucune infiltration purulente de la paroi, c'est seulement à la face interne de l'utérus qu'on peut constater sur toute la hauteur et surtout au voisinage du placenta de grandes trainées purulentes sur la partie la plus interne de la muqueuse. Il n'y

a nulle part de collection purulente. Le col est ramolli, fongueux, sans déchirure. La face interne de l'utérus est remplie d'une sanie jaunâtre, sans odeur.

Trompes saines, ovaires sains.

En somme : péritonite au début caractérisée par la sanie rougeâtre, quelques fausses membranes au voisinage de l'utérus et l'infiltration purulente des ligaments larges.

L'intestin déroulé sur toute la longueur ne présente aucune altération.

Foie : 1,500 grammes, stéatose des maladies infectieuses.

Reins : tous deux atteints de néphrite épithéliale infectieuse dans leur partie corticale.

Rate : 380 grammes, molle, diffluente.

Cœur : 240 grammes, sain, petit, bien contracté.

Poumon : un peu de congestion des bases.

Le liquide péritonéalensemencé a donné une culture pure de streptocoques.

Cultures. — Avant l'application du ballon, après lavages soignés du vagin et du col, on introduit une pipette stérilisée à travers les membranes en présentation; cette pipette se remplit d'un liquide amniotique verdâtre, louche, qui futensemencé le lendemain. Les bouillonsensemencés donnent lieu à des cultures abondantes constituées : 1° par des chaînettes de streptocoques ; 2° des cocci en amas. Il s'agit donc d'une association de streptocoque et de staphylocoques.

Autopsie de l'enfant. — On trouve de nombreuses ecchymoses sous les plèvres, le péricarde, la capsule du rein droit. Les poumons n'ont pas respiré. Le foie ne contient ni glucose, ni glycogène, ce qui indique que l'enfant a souffert et a succombé avant le travail (Et. Martin). Rien de spécial dans les autres organes.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

La pathogénie de la fièvre du travail est une question qui n'est pas tranchée encore; tous les accoucheurs ne sont pas du même avis, et, tandis que les uns en font toujours une infection, les autres la font dériver de plusieurs éléments.

Signalons rapidement les diverses opinions émises sur la pathogénie de la fièvre des parturientes : Winter (1) croit que dans la moitié des cas cette fièvre est purement fonctionnelle : due au travail excessif du muscle utérin et des muscles de la paroi abdominale. Dans l'autre moitié des cas, c'est l'infection qu'il faut incriminer. Olshausen est du même avis que Winter. Krönig n'admet pas cette fièvre musculaire physiologique : l'infection seule est coupable. M. Vinay, dans son intéressante étude (1899), confirme l'opinion de Krönig. Wichmann, dans sa thèse, centralise toutes les opinions et classe les cas de fièvre qu'il a observés en :

(1) Winter : Communication à la Société obstétricale et gynécologique de Berlin (séance du 23 janvier 1871) — « Fieber in der Geburt » (1892, *Ztsch f. Geburt und Gyn.*)

- 1° Fièvre musculaire physiologique;
- 2° Fièvre par résorption de produits putrides;
- 3° Fièvre due à une infection.

C'est dans cet ordre que nous allons examiner de près ces hypothèses et chercher à nous faire une opinion qui se rapproche le plus possible de la vérité et nous guide pour la thérapeutique, but vers lequel doivent tendre tous les efforts du médecin.

1° Fièvre musculaire physiologique

L'hypothèse de la fièvre musculaire physiologique, acceptée par les uns, rejetée par le plus grand nombre, ne manque pas au premier abord d'un certain fondement.

M. le docteur Vinay, qui n'admet pas cette théorie, dit : « Il semble que la parturition doive provoquer elle-même une certaine chaleur, car l'accouchement consiste essentiellement dans un travail musculaire de l'utérus et des muscles de la paroi abdominale; et, quand on songe aux gémissements et aux efforts qui accompagnent la période d'expulsion, on peut supposer que la production d'une certaine chaleur fébrile en sera la conséquence. En réalité... »

Winter, privadocent et médecin à la clinique gynécologique de Berlin, considère, nous l'avons vu, que, dans la moitié des cas, l'élévation de la température est due à ce travail musculaire exagéré. Ce qui caractérise, cliniquement, cette forme, c'est la lenteur de l'élévation de la température, le pouls peu rapide, l'état général excellent, les suites de couches normales.

Wichmann admet que 23 0/0 des cas de fièvre du travail qu'il a observés peuvent être attribués à la fièvre musculaire, et il ajoute : « Winckel observa que toute douleur consécutive à une contraction utérine entraîne une élévation de température de deux dixièmes de degré. Mais, comme dans l'acte de l'accouchement, toute la musculature du corps travaille, et surtout la paroi abdominale, cette valeur de 0,2 s'élèverait considérablement.

« Il faut faire intervenir en outre l'action des substances chimiques (acide lactique) qui paralysent le travail du muscle et peuvent produire une élévation de température....

« Evidemment, on ne peut exclure avec certitude l'infection, comme cause de la fièvre dans ces cas, mais cependant la marche ultérieure des accidents permet d'en faire un groupe à part et de le ranger sous le nom de fièvre non infectieuse.

« Dans deux cas seulement sur vingt-trois que nous rangeons dans cette catégorie, l'élévation de la température continua dans les suites de couches, mais pour cesser et redevenir normale à la fin du premier jour. Dans tous les autres cas, la température disparut à la fin de la période d'expulsion. La durée de l'accouchement fut, dans tous les cas, supérieure à vingt-cinq heures...

« Mais il faut être excessivement prudent dans le diagnostic : *jamais on n'est absolument sûr de ne pas avoir d'infection, aussi dans les vingt-trois cas le diagnostic n'a-t-il été porté qu'au nom de la vraisemblance.* »

Ces restrictions, qui reviennent de temps en temps dans cette page de Wichmann, montrent combien l'auteur est peu sûr de son hypothèse. En effet, cette production exagérée de chaleur est bien problématique. Nous ne nions pas l'existence des cas signalés par Winter et par Wichmann : mais nous n'acceptons pas l'interprétation qu'ils en donnent.

Le Danois Th. Hansen, qui a été traduit en allemand, dit que, sauf restriction de quelques auteurs, l'élévation de la température pendant l'accouchement est attribuée à l'augmentation de la production de chaleur due au travail même de l'accouchement ou à l'infection : « Que cette dernière puisse produire une haute température, nous le savons ; que le travail de l'accouchement le puisse, c'est une présomption répandue dans quelques ouvrages nouveaux, mais qui ne se soutient pas à un examen précis. »

Krönig et Menge (*Wien. med. Press*, 1897, n° 52) pensent de même. L'expérience montre que tout travail produit par les muscles volontaires augmente la température du corps d'une façon appréciable ; mais il ne faut pas oublier que cette quantité est néanmoins minime et que l'individu sain élimine la chaleur en même temps qu'elle se produit. « Chez les parturientes, les conditions sont favorables à ce dégagement : entre chaque douleur, il y a un arrêt plus ou moins long pendant lequel les sujets peuvent éliminer la chaleur en trop... »

M. le docteur Vinay, enfin, appuie son dire de chiffres : « Chez la femme qui accouche, le muscle transformé en travail la plus grande partie de l'énergie

chimique qui accompagne sa contraction ; le reste de cette énergie qui n'est pas transformé en travail se traduit sous forme de chaleur, il est vrai, mais cette chaleur ne s'accumule guère : son dégagement marche proportionnellement à sa production, d'autant mieux que les contractions utérines sont intermittentes.

« Et puis, à vrai dire, ce travail musculaire se réduit à peu de chose. Polaillon, qui l'a mesuré au cours d'un accouchement de durée moyenne, l'évalue à 424 kilogrammètres, ce qui correspond à une calorie. Je dirai, comme terme de comparaison, que l'ouvrier qui travaille, que l'alpiniste qui grimpe, produisent l'un et l'autre 200.000 kilogrammètres dans leur journée. »

Les restrictions de Wichmann, l'opinion si ferme de Krönig et Menge, Hansen, Vinay, l'éloquence enfin des chiffres de Polaillon, entraînent notre conviction et ne laissent subsister aucun doute :

La fièvre musculaire fonctionnelle, qui serait due, pendant l'accouchement, à l'excès de la contraction musculaire, n'existe pas.

2° Fièvre par résorption de produits putrides

La fièvre par résorption de produits putrides est due à la décomposition des tissus sous l'influence des organismes qui agissent comme saprophytes, non comme pathogènes. Ce n'est pas une infection, c'est une toxémie, et, dans 50 0/0 des cas, la fièvre du travail doit être considérée comme ayant cette origine... Telle est, résumée, l'opinion de Wichmann, qui ajoute :

« Les bactéries qui agissent ici ne pénètrent pas dans le tissu vivant de l'organisme maternel; ils sont pathogènes et toxiques pour cet organisme, parce qu'ils fabriquent des produits de décomposition appelés ptomaines, qui, aussitôt résorbés, provoquent une réaction morbide.

« Le plus souvent il s'agissait d'un accouchement de longue durée. Qu'arrive-t-il dans ces cas-là ? D'abord l'accouchement produit un traumatisme plus grand, puis les sécrétions se décomposent peu à peu ; *enfin on examine plus souvent la malade, ce qui favorise la propagation de l'élément infectieux.* »

Il ne saurait être question ici de la fièvre de résorption si bien étudiée par MM. Gangolphe et J. Courmont et qui a fait l'objet d'une communication au V^e Congrès de chirurgie (1891). Dans les cas visés, il s'agissait de malades atteints d'oblitération artérielle sans plaie des téguments, et accompagnée d'une élévation de température de plus de 40° jusqu'au moment de la formation du sillon d'élimination. Ces auteurs ont prouvé expérimentalement que cette fièvre aseptique est due à la résorption de produits solubles pyretogènes secrétés par les tissus dont la nutrition est troublée.

Les cas de fièvre de résorption de Wichmann sont tout autres: il y a des microbes et l'auteur admet la présence de cet « élément infectieux ».

Gebhardt et Krönig, dans des cas de putréfaction, ont pu analyser le liquide amniotique; ils y ont trouvé des microbes pathogènes (streptocoques, staphylocoques) et des saprophytes (*bacterium coli*). « Mais,

disent-ils, ces saprophytes ne jouent qu'un rôle éloigné dans la production des accidents puerpéraux; les microbes que l'on doit incriminer, qui sont réellement pathogènes, sont le streptocoque et le staphylocoque, que nous avons trouvés dans le liquide amniotique des fébricitantes. »

La fièvre de résorption, séparée par Wichmann de l'infection, ne doit en réalité pas l'être. Auvard, dans son « Traité pratique des accouchements », confond ces deux processus et nous dit que Semmelweiss, puis Tarnier, ont admis que la fièvre, dans la puerpéralité, est une fièvre de résorption, c'est-à-dire une fièvre produite par la pénétration dans l'économie d'un principe étranger nuisible. Leurs travaux mettent en évidence deux points importants : 1° L'existence d'un agent extérieur, cause de la fièvre (élément causal); 2° sa pénétration dans l'organisme de la femme par l'intermédiaire d'un contact (élément contagieux).

Dans son « Etiologie et Traitement de la Fièvre puerpérale », paru quelques semaines avant sa mort, Charpentier étudie attentivement cette infection putride, cet empoisonnement par résorption de matières putrides et leur diffusion dans l'économie. Les ptomaines sont des produits de la fermentation des albuminoïdes sous l'influence de microbes. « Pas de ptomaines sans cellules microbiennes et, par conséquent, pas de fièvre de résorption qui n'ait comme origine et comme agent producteur un microbe, cause primordiale de l'infection. *Il faut de toute nécessité qu'il y ait comme agent spécifique un microbe infectieux.* »

Ces cas de fièvre de résorption rentrent donc dans la

dernière hypothèse : fièvre ayant pour origine une infection des voies génitales. Ils sont d'ailleurs très rares et la proportion que donne Wichmann est infiniment trop élevée.

3° Fièvre par infection des voies génitales

L'infection, comme cause de la fièvre du travail, n'est niée par aucun des auteurs. Dans neuf cas, Krönig a pu la démontrer expérimentalement huit fois. Avec une pipette de caoutchouc durci, préalablement stérilisée, il allait derrière l'enfant chercher le liquide amniotique; il a pu constater dans ce liquide la présence de streptocoques et de staphylocoques.

Quel chemin ont suivi ces micro-organismes pour arriver dans la cavité utérine? Quels sont-ils, d'où viennent-ils et comment ont-ils été amenés? Ce sont des questions importantes et intéressantes à étudier.

Porte d'entrée.— Les germes infectieux ne peuvent agir sur l'organisme que par une solution de continuité de la peau ou des muqueuses. Dans le cas qui nous occupe, un premier mode d'infection consiste dans l'inoculation du liquide amniotique par des germes septiques et ensuite attaque de la muqueuse utérine par ces germes; une seconde porte d'entrée réside dans les éraillures et plaies du col utérin.

a) Menge et Krönig, grâce au travail (1) important qu'ils ont publié, ont jeté quelque lumière sur le premier processus d'inoculation. D'après eux, le vagin de

(1) Menge et Kronig : Bactériologie du canal génital de la femme à l'état normal et pendant l'état puerpéral (*Wien. med. Press.*, 1897, n° 52).

la femme saine est, en règle générale, antiseptique : la sécrétion vaginale possède une action microbicide ; cette action est exaltée ou diminuée suivant certaines conditions. L'orifice externe du col forme une barrière nette entre le conduit vaginal et la cavité utérine. Tout ce qui est au-dessous de l'orifice externe ne contient pas de microbes, et le bouchon muqueux du canal cervical protège la cavité utérine contre l'ascension de microbes, le gonocoque excepté.

Chez la femme enceinte la sécrétion vaginale présente toujours une réaction acide et possède la même action microbicide qu'en dehors de la puerpéralité. Mais après la rupture de la poche des eaux les conditions ne sont plus les mêmes : « l'écoulement du liquide amniotique vient modifier cet état spécial, car ce liquide s'infecte avec une facilité spéciale, même lorsque l'enfant est vivant. Par sa réaction alcaline et sa constitution chimique (0,01 à 0,7 0/0 d'albumine, 1 0/0 de sels minéraux), il constitue un milieu des plus favorables à la multiplication des microbes. » (Vinay).

Ce qui démontre la vraisemblance de cette théorie c'est que le plus souvent la fièvre survient après la rupture de la poche des eaux ; tant que celle-ci est intacte, les germes n'arrivent pas dans la cavité utérine.

Et comme résultat de cet envahissement du liquide amniotique par les germes on peut observer parfois la physométrie, le développement de gaz dans l'intérieur de l'utérus. Cette complication ne survient que lorsque l'enfant a succombé. L'observation V nous en

montre un cas intéressant : il se fait sous l'influence des saprophytes pénétrés dans l'utérus une fermentation putride. D'ailleurs, c'est un fait rare.

b) Mais il y a des cas, graves en général, où la fièvre paraît, alors que la poche des eaux n'est pas rompue ; on ne saurait donc rapporter l'infection au mécanisme précédent. Reportons-nous à nos malades : dans les observations II, III, IV, VI, la poche était intacte quand éclatèrent les accidents fébriles, et la terminaison fut fatale dans trois cas ; c'était donc une infection sévère.

Ici, il nous faut invoquer le second mécanisme d'infection : une plaie du col, produite pendant ou avant le travail, a été la porte d'entrée des micro-organismes, véhiculés ensuite par le courant sanguin ou le courant lymphatique... La plus petite déchirure suffit ; mais la nocivité et le danger grandissent avec l'étendue de la blessure. Il est donc probable que dans les trois cas de la maternité, la porte d'entrée fut une déchirure assez importante.

Nature des germes. — Nous insisterons peu sur cette question de microbiologie ; nous indiquerons simplement en quelques mots ce qu'on en sait.

Krönig avec une pipette est allé recueillir du liquide amniotique derrière le fœtus ; à l'examen bactériologique il a trouvé des streptocoques et staphylocoques. Dans les cas légers, il a surtout noté le staphylocoque le *bacterium coli* ; dans les cas graves, les streptocoques en grande proportion.

M. le docteur Vinay dans les trois autopsies qu'il a faites a eu des résultats semblables ; les recherches

bactériologiques montrèrent la présence de streptocoques dans le pus du genou (obs. II), les foyers purulents péri-veineux (obs. IV), le liquide péritonéal (obs. VI).

Les recherches sont surtout intéressantes dans l'observation VI : M. le docteur Vinay et M. Étienne Martin, son interne, après avoir fait une antiseptie soignée du vagin et du col de la parturiente fiévreuse, introduisent une pipette stérilisée à travers les membranes encore intactes et retirent un liquide amniotique verdâtre, louche, qui est ensemencé le lendemain. Les cultures produites sont constituées par des streptocoques et des staphylocoques.

On a donc affaire, en somme, aux mêmes agents pathogènes que dans la septicémie puerpérale, et M. Vinay qualifie ainsi les cas graves de fièvre du travail : « c'est une manifestation précoce de la septicémie puerpérale, et ce qui le démontre surtout ce sont les cas de contagion, c'est-à-dire l'apparition d'accidents identiques chez des femmes accouchant le même jour, dans le même local, et avec l'aide des mêmes sœurs. »

D'où viennent ces microbes? Cette question nous arrêtera plus longtemps : d'où viennent ces germes infectieux multiples qui sont les agents provocateurs de la fièvre du travail ? Proviennent-ils du réveil de foyers inflammatoires éteints ? Est-ce de l'auto-infection ? Ces microbes sont-ils apportés du dehors ?

a) *Réveil d'une affection ancienne des annexes de l'utérus.* — Grigg, à la Société de gynécologie de Londres (juin 1886), signale plusieurs cas de septicémie

puerpérale mortelle sans aucune source apparente d'infection ; ces cas s'expliquent d'après l'auteur, par le réveil de foyers inflammatoires péri-utérins constatés à l'autopsie.

Mais ce mécanisme ne peut être invoqué pour la fièvre du travail : « Si j'écarte cette hypothèse, ce n'est point que j'en conteste la réalité, mais dans ces cas de microbisme latent, lorsque le traumatisme de l'accouchement réveille la vitalité d'anciens foyers utérins et péri-utérins, ce n'est pas au cours du travail qu'apparaissent les accidents fébriles, ils sont plus tardifs et exigent une incubation de deux ou trois jours, comme la septicémie ordinaire. » (Vinay).

b) *Auto-infection*. — Les microbes endogènes, hôtes habituels du vagin, peuvent-ils à un certain moment de saprophytes devenir virulents et infecter les voies génitales supérieures ?

Walthard ⁽¹⁾ a trouvé le streptocoque vingt-sept fois dans la sécrétion vaginale de cent femmes enceintes n'ayant pas été touchées ; le bactérium coli se trouve aussi en abondance ; ces microbes, en temps ordinaire, restent inoffensifs et agissent comme simples parasites, ils vivent aux dépens des sécrétions vaginales. Mais ils deviennent virulents et pathogènes quand les tissus sur lesquels ils vivent ont perdu leur résistance et qu'ils les envahissent.

L'accouchement peut produire ce résultat, localement, par les troubles de nutrition des tissus compri-

(1) Walthard : *Arch. f. gyn.*, XLVIII, 2, 1895.

més. Walthard admet donc que dans certains cas l'auto-infection est l'origine de la fièvre.

Krönig, dans son travail déjà cité, sur la bactériologie du canal génital, dit que l'auto-infection par les hôtes ordinaires du vagin n'est pas admissible, car ces microbes ne peuvent vivre en raison du pouvoir bactéricide des sécrétions vaginales. Par contre, il considère comme assez fréquente une autre variété d'auto-infection : « Dans le voisinage de la vulve, il existe des germes en grande quantité ; la présence du liquide vaginal antiseptique empêche leur multiplication, mais dès que la poche des eaux vient à se rompre prématurément le liquide amniotique favorable à leur vie provoque la multiplication de ces germes qui pénètrent par capillarité dans l'intérieur de l'utérus. »

c) *Les germes infectieux sont apportés du dehors.* — C'est évidemment ce qui se produit dans la grande majorité des cas. Comment ces microbes sont-ils transportés ?

La *contagion aérienne* n'est pas admise ; la fièvre du travail, et plus généralement la septicémie puerpérale, est une maladie contagieuse, mais elle ne se transmet pas par l'air. Il faut un contact direct, par l'intermédiaire d'un solide (doigts ou instruments de l'accoucheur, pénis du mari, etc.) ou d'un liquide (injection).

Nous ne nous étendrons guère sur le mécanisme des contaminations par les *touchers malpropres* ou par les *instruments non aseptisés* : c'est très connu. Le cas cité par Wichmann en est le type : une accoucheuse qui soigne un érysipèle ombilical chez un enfant infecte une première parturiente qui meurt, et une deuxième

qui a de la température et des frissons pendant le travail et meurt trois semaines après de septicémie.

Chez nos malades, dans l'observation II, nous relevons plusieurs touchers la veille du jour où la fièvre s'est déclarée, bien qu'on ait pris toutes les précautions antiseptiques habituelles ; de même dans l'observation VI.

Charpentier ne craint pas d'écrire : « on peut affirmer que tout cas de fièvre puerpérale est le résultat d'une faute, d'une omission dans les précautions et les soins, commises par l'accoucheur, la sage-femme, qui ont présidé à l'accouchement ou le personnel chargé de donner ses soins à l'accouchée. » Pour la fièvre du travail on ne peut admettre pareille accusation : dans nombre de cas l'accoucheur voit pour la première fois la femme au moment du travail et n'est pas responsable de la fièvre qui existe ou qui va se manifester bientôt ; il faut penser au *pénis du mari* comme agent vecteur des germes. Nous reviendrons, d'ailleurs, sur cette question de responsabilité à propos de l'incubation.

« Bien que les relations sexuelles continuées jusqu'à la fin de la grossesse puissent déterminer de graves complications des couches, ces relations existent ; il n'est pas besoin de demander pourquoi. » (Krönig).

Chez trois de nos malades il faut sûrement invoquer un coït récent pour expliquer la contamination ; les derniers rapprochements se sont produits pour l'une (obs. III) deux jours avant son entrée à la Maternité, pour l'autre (obs. IV) quatre jours auparavant, et pour la troisième (obs. VI) la veille de l'entrée.

« Il suffit de songer à la malpropreté des organes génitaux chez certains individus pour comprendre la possibilité d'une contamination par cette voie ; si l'on admet que le doigt de l'accoucheur peut être un agent d'infection, je ne vois pas bien comment on pourrait refuser au pénis une influence de même ordre. » (Vinay).

On est d'ailleurs si bien convaincu de l'importance étiologique de ce fait, qu'à la clinique obstétricale de Leipzig, on a établi un questionnaire dans lequel on demande à chaque femme la date du dernier coït.

Incubation. — Ce que nous venons de voir nous démontre que la fièvre du travail est provoquée par les mêmes microbes pathogènes que la septicémie puerpérale.

Or, cette dernière affection demande pour se déclarer une incubation de deux à trois jours. Dans les cas de contagion — observations II, III, IV — que nous avons notés, on constate un intervalle de trois jours environ à partir du moment de l'accouchement, c'est-à-dire à partir du moment où nous pouvons affirmer que la contamination s'est faite, puisque nous connaissons le foyer de contagion et le mécanisme du transport du contagé.

Il est donc logique de penser que dans la fièvre du travail il y a une période d'incubation qui précède l'apparition de la fièvre et que cette incubation a une durée sensiblement pareille à celle de la septicémie du postpartum : un à trois jours.

Cette opinion n'est d'ailleurs pas en désaccord avec les processus de contamination que nous venons d'étudier. Si la femme a été examinée avant le travail,

on peut penser que l'accoucheur a infecté sa patiente à ce moment-là. Mais si la femme n'est touchée qu'au moment du travail — puisque nous admettons l'existence d'une période d'incubation, ce ne peut être le doigt de l'accoucheur qui a transporté les germes qui manifestent leur présence quelques heures après ce toucher ; si ce doigt a porté des microbes, ils n'ont pas encore eu le temps d'agir — nous devons incriminer un autre agent vecteur, c'est le pénis du mari ; en ville, plus encore qu'à l'hôpital, le mari pouvant avoir des rapports avec sa femme jusqu'au dernier jour.

Et maintenant résumons en quelques mots cette étude un peu longue de la pathogénie de la fièvre du travail.

Dans tous les cas nous avons affaire à une infection de même nature que l'infection puerpérale du postpartum, c'est-à-dire due surtout aux streptocoques apportés par les manœuvres d'accouchement (toucher, intervention, etc.) ou par un coït malpropre récent.

Ces germes pathogènes envahissent le liquide amniotique dès que les membranes sont rompues, c'est la forme légère ; ou pénètrent dans la cavité utérine à la faveur d'éraillures du col, au début du travail : c'est la forme grave. Mais il existe toujours une période d'incubation.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Ayant constaté un état fébrile chez une femme en travail, le médecin doit rechercher tout d'abord si la fièvre n'est pas due à une affection concomittante, aigue ou chronique, de quelque organe interne : grippe, pneumonie, pleurésie, tuberculose pulmonaire, rhumatisme, néphrite, fièvre typhoïde, fièvre éruptive, etc... L'existence d'une telle affection sera écartée par l'examen somatique de la malade et l'analyse des commémoratifs.

Tout le monde sait que dans les maladies infectieuses des femmes enceintes, l'accouchement est généralement accéléré et sa terminaison rapide. Au contraire, dans la septicémie puerpérale, le travail se prolonge et l'intoxication qui atteint la fibre utérine favorise les contractures du muscle. Aussi, pour M. le docteur Vinay, le ralentissement du travail sans existence d'un rétrécissement du bassin et le tétanos utérin avec douleurs abdominales très violentes sont de bons signes en faveur d'une septicémie du travail.

Le diagnostic fait, il reste à établir—en vue du pronostic — la forme à laquelle appartient cette fièvre du

travail. Lorsque la température ne dépasse pas 39° et n'est pas accompagnée de frissons, que le pouls est bon et le faciès normal, avec une poche des eaux rompue prématurément et un travail qui se prolonge, on a affaire à la forme légère, celle que Winter, Wichmann, etc..., considèrent à tort comme une hyperthermie fonctionnelle. On confirme le diagnostic après l'accouchement, car la fièvre tombe sitôt l'expulsion de l'enfant achevée.

La forme septicémique est d'un diagnostic facile, en général. Le début brusque par un frisson violent et une température très élevée, la discordance entre le pouls et la température, les traits tirés et le faciès grippé que connaissent bien les accoucheurs sont autant de signes en faveur de l'infection grave streptococcique.

Winter, dans son travail : *Fieber in der Geburt* (1892), insiste pour aider au diagnostic et au pronostic, sur deux signes : le tympanisme utérin (dû à la présence dans la cavité de l'utérus de produits gazeux de putréfaction) et l'existence d'un écoulement avec odeur caractéristique. Mais ces signes peuvent faire défaut dans des cas graves, car le tympanisme utérin ne survient qu'au bout de quelque temps ; et l'écoulement nauséabond ne se produit pas si la présentation ferme hermétiquement le segment inférieur de l'utérus ou le vagin.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Dans les cas légers de fièvre, le pronostic est bon pour la mère et pour l'enfant. La fièvre et les autres symptômes disparaissent dès que l'accouchement est terminé, ou bien se prolongent quelques heures après la délivrance; mais, en général, ne reparaissent pas pendant le postpartum.

Il n'en est plus de même dans la forme d'emblée sévère, qui a une signification beaucoup plus grave. C'est, en somme, une septicémie puerpérale précoce, avec tous ses dangers et toutes ses complications.

La mère est menacée si on n'intervient pas rationnellement et à temps. Trois de nos malades (Obs. II, IV, VI) sont mortes de septicémie dans les suites de couches. Des 99 fiévreuses de Wichmann, 4 succombèrent de rupture utérine, 2 d'hémorrhagie (placenta prævia) et 3 d'infection puerpérale, dans le postpartum.

Pour *le fœtus*, le pronostic est très grave. Chez 13 parturientes fiévreuses de Krönig, sept fois les enfants moururent avant le soir et une fois vingt-quatre heures après. Les observations de Winter mon-

trent que 35 0/0 des enfants succombèrent, dans ces cas d'infection utérine.

La mort de l'enfant peut être due à l'élévation seule de la température, ou à la transmission de la septicémie maternelle à l'enfant par voie sanguine, ou enfin à l'introduction du liquide amniotique putréfié dans les voies respiratoires de l'enfant (Krönig).

M. le docteur Vinay admet que, dans les formes graves, la mort du fœtus est due surtout à la transmission des toxines maternelles à travers le placenta : « ... Quant aux enfants, ils peuvent succomber déjà avant la naissance, ou bien leur vie est précaire et la mort survient dans les premiers jours de la vie... Même dans les conditions physiologiques⁽¹⁾, l'enfant présente avant sa naissance des combustions organiques indépendantes des combustions maternelles. Ainsi, lorsqu'on compare la température rectale de l'enfant avec celle de la mère, avant l'accouchement — et rien n'est plus facile dans les présentations du siège — on peut constater que la température de l'enfant est supérieure à celle de la mère de 0°,5 à 0°,8 en moyenne. Dans les cas de pyrexie grave survenant chez la mère, le fœtus participera plus ou moins au processus pathologique ; sa vie sera menacée, non pas tant par l'élévation de la température que par la transmission des toxines maternelles.

« Lorsqu'il y a infection du liquide amniotique, les enfants peuvent se contaminer directement par introduction de ce liquide dans les voies digestives ou

(1) Vinay, La Psychologie du nouveau-né, *Semaine médicale*, 1897, p. 33.

respiratoires, bien qu'il s'agisse le plus souvent d'une forme peu sévère de la fièvre du travail. Aussi peut-on dire d'une façon générale que *le danger est surtout menaçant pour l'enfant.* »

Le pronostic — pour la mère — sera guidé par l'étude attentive et comparative des symptômes. M. le professeur Fochier insiste beaucoup sur ce fait que la marche de la température seule n'indique rien au point de vue de l'avenir de la malade ; il faut constamment confronter ces deux témoins : température rectale et pouls ; et tirer de là des conclusions importantes. Wichmann donne le tableau suivant, composé par Liebermeister, et qui sert de point de comparaison :

La temp. de 37° corresp. à 78 puls. à la minute.				
—	38°	—	88	—
—	39°	—	97	—
—	40°	—	105	—

Si le pouls est lent, étant donné la température, le pronostic est bon ; s'il y a concordance entre les deux facteurs, le pronostic est incertain ; enfin, si le pouls est plus rapide que ne le veut la température : pronostic grave. Si l'on voit le pouls se ralentir, alors même que la température se maintient élevée, c'est bon signe. Mais les irrégularités du pouls indiquent une atteinte grave du cœur, une intoxication profonde de l'organisme, c'est-à-dire une mort prochaine.

Nous avons vu que Winter attribue une grande valeur pronostique au tympanisme utérin et à l'existence d'un écoulement avec odeur fétide caractéristique.

Enfin, la respiration superficielle et courte, les traits tirés, les yeux excavés, l'amaigrissement subit de la face, le teint plombé, sont les signes classiques qui font prévoir un dénouement fatal proche.

CHAPITRE VII

THÉRAPEUTIQUE

La fièvre du travail est due à une infection par pénétration dans l'économie, de germes provenant du dehors ; nous allons étudier les moyens d'éviter cette infection (prophylaxie), les moyens à lui opposer lorsqu'elle existe (traitement curatif, local et général) et la conduite à tenir en présence d'accouchements fiévreux (traitement obstétrical).

1° Prophylaxie

L'étude que nous avons faite des modes d'infection nous guide dans la recherche des procédés à employer pour empêcher l'apport des germes

Tout d'abord — puisque la malpropreté du pénis est une cause d'infection — les médecins devraient recommander aux maris de s'abstenir de tous rapports sexuels avec leur femme pendant les dernières semaines de la grossesse. Mais c'est un conseil délicat et difficile à donner. D'autre part, le plus souvent on ne voit la femme qu'au moment du travail.

La prophylaxie consiste donc surtout dans : (a) la propreté irréprochable des mains et (b) des instruments

de l'accoucheur et des gardes ; (c) la désinfection des organes génitaux de la femme avant et pendant l'accouchement ; (d) l'isolement des parturientes fiévreuses.

a) *Désinfection des mains.* — Semmelweiss, assistant au double service d'accouchements de Vienne (clinique pour les étudiants, clinique pour les sages-femmes) a le mérite d'avoir attiré, le premier, l'attention sur l'importance de la propreté des mains dans la mortalité des femmes en couches : dans la première clinique (étudiants qui pratiquaient les examens de parturientes, après avoir touché des cadavres) la mortalité était beaucoup plus considérable que dans la seconde clinique, où les sages-femmes n'avaient aucune relation avec les pièces anatomiques. Semmelweiss imposa aux élèves des soins particuliers de propreté, des lavages spéciaux et la mortalité dans la première clinique, tomba de 7 0/0 à 2 0/0, la première année (1847). Cette heureuse initiative fut d'ailleurs très critiquée en Allemagne et passa inaperçue en France, jusqu'aux travaux de Tarnier (1857).

Les mains doivent être *saines* — c'est-à-dire ne présenter ni plaies ni dermite — et *propres*, au sens chirurgical du mot. Cette dernière condition est difficile à remplir, mais on arrive à une aseptie très suffisante en prenant les soins que Charpentier indique dans son dernier ouvrage :

La toilette des ongles, des mains et des avant-bras doit être faite avec le soin qu'y apportent les chirurgiens qui s'occupent de ce qu'on appelle la chirurgie abdominale.

1° Un savonnage simple et brossage avec de l'eau bouillie et du savon ordinaire ;

2° Nettoyage des ongles avec la lime ou le cure-ongles ;

3° Deuxième brossage et savonnage avec la solution de sublimé à 1/2000 ;

4° Lavage des mains à l'alcool pur (une minute) ;

5° Immersion (d'une ou deux minutes) dans une solution de permanganate de potasse à 2/1000 ;

6° Immersion rapide dans du bisulfite de soude liquide qui enlève la coloration brunâtre produite par le permanganate ;

7° Enfin, un dernier savonnage et lavage avec la solution de sublimé à 2/1000.

Pendant tout le temps de l'accouchement il faut avoir près de soi une cuvette remplie d'une solution de sublimé à 1/4000, dans laquelle on trempera de temps en temps les mains, sans les essuyer.

Les gardes doivent prendre les mêmes précautions que l'accoucheur, quand il s'agit de faire la toilette des parturientes.

b) *Asepsie des instruments.* — Il est évident que les plus grandes précautions seront prises pour les instruments qu'on aura à employer.

Après une désinfection soignée on les laissera dans une solution d'acide phénique à 3 à 4 0/0 ; puis on les flambera à l'alcool (une cuillerée d'alcool versé dans une assiette et enflammé suffit) au moment de s'en servir ; et personne, en dehors de l'accoucheur aseptique, ne devra toucher à ces instruments.

c) *Désinfection de la femme.* — La désinfection de la

femme en couches a une grande importance et doit commencer pendant la grossesse, surtout pour parer aux accident qui nous occupent et qui ont en général leur origine dans les jours qui précèdent l'accouchement. On obtient une asepsie suffisante par des bains fréquents vers les derniers jours présumés, des lotions d'eau bouillie au niveau des organes génitaux.

Doit-on prendre des injections ? — Les avis sont partagés sur cette question : certains auteurs pensent que ces injections vaginales peuvent provoquer un accouchement prématuré et servir de véhicule aux agents pathogènes. Cette dernière objection est facilement détruite par cette remarque qu'on emploie en général des antiseptiques.

Quant au danger de provoquer le travail, il n'existe pas. Charpentier dit à ce propos : « Il suffit de se rappeler, pour se convaincre de la fausseté de cette assertion et de l'inanité de ces craintes, les difficultés que l'on éprouve et le temps qu'il faut pour provoquer l'accouchement avec les douches utérines. Et encore, dans ce cas, s'agit-il de véritables douches de dix à quinze litres, dirigées directement sur le col et non de simples injections vaginales.

« Mais de plus, il résulte d'expériences faites avec beaucoup de soin par Landry, que les injections même très chaudes sont incapables de provoquer les contractions utérines et qu'elles n'ont d'action sur la contractilité utérine, que quand celle-ci est déjà entrée en jeu spontanément ; l'effet de l'eau chaude se traduisant alors, mais alors seulement, par une suractivité de cette contractilité. »

La conclusion est que ces injections antiseptiques à 37° ne sont pas dangereuses; elles sont suffisantes pour amener une antiseptie réelle et sérieuse du vagin. Elles sont indispensables dans les deux ou trois derniers jours présumés de la grossesse, surtout si les rapports sexuels existent.

Dès les premières douleurs, on coupe les poils s'ils sont trop longs, on frotte à l'eau chaude et au savon avec du coton, la vulve, le périnée, les cuisses, l'abdomen, de façon à enlever toute souillure possible. On lave à l'eau bouillie tiède, puis on termine avec une solution antiseptique faible. Enfin, on place devant la vulve un tampon de ouate stérilisée, que l'on change de temps en temps.

La femme en travail doit être examinée et touchée le plus rarement possible, et toujours après avoir pris les précautions citées plus haut et avoir enduit le doigt de vaseline antiseptique.

Dès que l'expulsion de l'enfant est imminente, ou si l'accouchement se prolonge au-delà de vingt-quatre heures, on renouvelle la toilette complète de la parturiente.

Quant aux soins de propreté à donner après l'accouchement, c'est une étude qui ne regarde pas la question que nous traitons, nous les passerons sous silence.

Les préceptes que nous venons de résumer — touchant à la prophylaxie de la fièvre du travail et de la septicémie du puerperium — sont peut-être difficiles à appliquer dans toute leur rigueur dans la clientèle civile, et pourtant ils n'ont rien d'exagéré, ils sont absolument nécessaires si l'on veut voir disparaître

entièrement ces infections si graves de la puerpéralité.

(d) *Isolement des parturientes fiévreuses.* — Un dernier moyen prophylactique est l'isolement des parturientes septicémiques, et M. le Dr Vinay insiste sur son utilité : « l'isolement est une nécessité facile à comprendre si l'on songe aux cas de contagion rapportés plus haut (obs. II, III, IV). Cette forme de septicémie du travail paraît douée d'une singulière aptitude à la diffusion et le début d'épidémie qui a menacé mon service fait comprendre l'utilité de pratiquer la division — qui est la règle en chirurgie — entre les opérés aseptiques et les opérés déjà infectés. Les locaux doivent être séparés et chacun sera pourvu d'un personnel et d'un matériel distincts. Cette disposition si utile existe dans quelques maternités de Paris, à Boucicaut par exemple ; j'ai le regret d'avouer que rien de pareil n'est organisé à Lyon et qu'à l'Hôtel-Dieu, à la Croix-Rousse, comme à la Charité, il existe toujours une promiscuité regrettable dans la pratique des accouchements.

« Il est vraisemblable que la contagion dans ces petites épidémies, se produit surtout par les doigts des personnes qui assistent les accouchées. Si la désinfection des mains est assez facile à réaliser dans les conditions ordinaires, elle devient d'une extrême difficulté lorsqu'on veut la pratiquer rapidement sur des doigts qui viennent d'être souillés par des liquides virulents ; les germes pénètrent dans les sillons de l'épiderme, dans l'interstice des ongles et ne peuvent en être délogés qu'avec peine. C'est la difficulté de

rendre les mains aseptiques ou la crainte de les contaminer qui a engagé quelques chirurgiens à user de gants pour pratiquer certaines opérations.

« Pour éviter tout danger, il est plus simple d'organiser un service spécial et de confier les parturientes fiévreuses à des sages-femmes qui n'auront aucun rapport avec les autres accouchées ».

2° Traitement obstétrical

Le médecin se trouve en présence d'une parturiente qui a de la fièvre, quelle conduite doit-il tenir ?

Dans les cas bénins, à température peu élevée, état général satisfaisant, bruits du cœur fœtal normaux, on peut laisser aller l'accouchement : il se prolonge souvent, la dilatation est lente, mais rien ne presse d'intervenir. On se contente de renouveler la toilette génitale faite au début du travail et on redouble de précautions antiseptiques jusqu'à ce que l'expulsion se fasse.

Si cette expulsion tarde trop et que la malade s'épuise en efforts vains, si surtout la fièvre est intense, l'état général mauvais, si l'enfant souffre, *il est indiqué de hâter l'accouchement*. « L'indication est formelle d'accélérer le travail quand il y a infection du liquide amniotique surtout lorsque la température dépasse 39°, que le pouls est très rapide, que l'état général s'aggrave, que les forces s'épuisent et qu'il survient une sensibilité excessive de l'utérus. La nécessité de terminer l'accouchement existe à la fois pour la mère et pour l'enfant » (Vinay).

On peut essayer d'activer la dilatation du col par les *injections chaudes* qui augmentent la durée et l'intensité des contractions utérines, sans accroître leur fréquence. Mais c'est un procédé trop lent et qu'on accuse — à tort, peut-être — de servir de véhicule aux agents infectieux.

Les *anesthésiques* (chloroforme, chloral) sont employés pour supprimer la douleur, faciliter la dilatation des parties maternelles en relâchant les éléments du col; mais le Dr Frarier, dans sa thèse, n'est pas d'avis de les employer dans ce cas, parce qu'ils espacent les contractions et peuvent déterminer l'inertie utérine.

Quelques accoucheurs ont pensé utiliser les médicaments dits *ecboliques*. Il n'y a pas de substances abortives à coup sûr; mais on sait que dans les états pathologiques de la mère ou du fœtus la résistance est moindre et ces drogues — qui dans une grossesse normale ne provoqueraient pas de contractions suffisantes de l'utérus — peuvent, dans les états de maladie (mort du fœtus, fièvre, maladie toxi-infectieuse, etc.) provoquer ou activer le travail. Quel ecbolique emploierons-nous?

L'*ergot* doit être absolument rejeté, tant que l'utérus n'est pas vide. Le *salicylate de soude* demande plusieurs jours pour agir et son action est incertaine. La *quinine* est d'après Maïsse, Schwab, un meilleur ocytocique: elle accélère le travail et rend fortes et efficaces des contractions faibles, sans tétaniser le muscle utérin. Frarier croit cet agent dangereux et inutile; il a plus de confiance dans la *lactose* à la dose de 30 ou 40 grammes en deux fois, à une demi-heure

d'intervalle. La lactose aide bien à la dilatation du col ; elle renforce et allonge les contractions ; elle n'est pas dangereuse et agit en une demi-heure — si elle agit, car le seul reproche qu'on puisse lui adresser c'est son inconstance.

M. le Dr Vinay est sceptique, quant à l'action des moyens médicamenteux : « c'est une illusion, la quinine a pour unique résultat de provoquer des bourdonnements d'oreilles et son action sur les contractions utérines est nulle, comme celle de la lactose du reste ; *pour activer le travail comme pour le provoquer, il ne faut compter que sur les moyens mécaniques* ».

Les *moyens mécaniques* sont nombreux. Plusieurs cas sont à considérer :

1° *Le col est dilaté ou dilatable* : forceps ou version selon la présentation ; *forceps* pour les présentations de la tête (sommet, face) ; *version* pour les présentations de l'épaule ; *extraction manuelle* pour les sièges.

2° *Le col est infranchissable*. — Appliquer le *ballon inextensible de Champetier* si la tête n'est pas encore engagée, car dans ces cas on pourrait rupturer l'utérus. Si l'engagement est commencé employer l'*écarteur de Tarnier*, bien que ce procédé expose à des déchirures et demande une certaine expérience. Il ne peut être question d'*incisions*, qui sont un très bon moyen d'activer la dilatation dans un accouchement normal, mais qui constitueraient, ici, de nouvelles portes d'entrée pour les agents infectieux.

Si le temps presse, s'il y a cessation des douleurs après la rupture de la poche des eaux, on fait l'*accou-*

chement forcé : dilatation digitale complète, puis forceps ou version.

La *dilatation digitale* se pratique avec une seule main ou avec deux mains, selon la méthode de de Bonnaire. *Avec une seule main* : on glisse l'index dans l'orifice externe du col et, par un mouvement de vrille lent, sans brusquerie, on force l'orifice interne; ce doigt qui a pénétré masse les tissus voisins, en tous sens, les assouplit et facilite la pénétration du médius dans l'orifice externe. Quand il y a deux doigts, il y en a bientôt trois, puis quatre, puis cinq. Il est nécessaire que les cinq doigts de la main soient introduits et que, s'écartant les uns des autres, ils dilatent le col au maximum, car une dilation incomplète expose à laisser le col se refermer sur le cou du fœtus pendant l'extraction par le forceps ou la version.

La *dilatation avec les deux mains (de Bonnaire)* est une pratique récente (1897) : l'index droit pénètre dans le col, comme dans la méthode précédente, et par un massage excentrique ménage une place suffisante pour le deuxième doigt. On glisse alors l'index gauche à côté du droit, en adossant les deux doigts sur toute la longueur; c'est facile si le col est court, mais s'il est encore long, il faut faire abaisser l'utérus par un aide qui appuie sur la paroi abdominale. Peu à peu l'orifice interne est franchi par les deux index, qui s'appuient solidement sur lui et jouent le rôle d'un écarteur à deux branches agissant dans tous les sens. L'orifice s'élargissant, le médius droit peut prendre place à côté de l'index droit, puis le médius gauche, et ainsi jusqu'à ce que les deux auriculaires soient

introduits : la dilatation est alors complète. Mais la manœuvre est pénible est difficile. M. Demelin s'en est servi avec succès chez plusieurs femmes qui présentaient de l'infection du liquide amniotique.

3° *Le bassin est rétréci.* — Le passage de l'enfant dans la filière pelvienne est impossible, même avec l'aide du forceps ou de la version. Que doit-on faire?

La règle qui doit ici guider l'intervention est celle-ci : *sacrifier l'enfant, sauver la mère.*

M. le docteur Vinay dit : « La situation est des plus critiques ; on ne peut songer aux opérations conservatrices, comme la symphyséotomie et la césarienne, l'une et l'autre ne donnent que des résultats médiocres, surtout la première, lorsqu'on la pratique chez des femmes déjà infectées. Il ne reste que la *basiotripsie* sur l'enfant vivant, et c'est peut-être le seul cas où pareille intervention ait un semblant de justification. Il est cependant bon de remarquer que l'*opération césarienne* a réussi quelquefois chez des femmes fébricitantes. »

Krönig est du même avis : « Dans les cas de rétrécissement du bassin, il faut s'abstenir de symphyséotomie, il est préférable de pratiquer la perforation, même lorsque l'enfant est vivant. Et si l'accouchement est impossible, on ne doit, dans ces cas de fièvre du travail, pratiquer l'*opération de Porro* que par la méthode extra-péritonéale. »

Lorsque l'enfant est sorti — spontanément ou à la suite de manœuvres — il faut *surveiller attentivement la délivrance*. On ne fera donc pas de tractions sur le cordon, mais de l'expression abdominale ; puis on

examinera soigneusement le placenta expulsé, afin de ne rien laisser dans cet utérus déjà infecté.

3° Traitement curatif

Dans la fièvre légère qui cesse après l'accouchement on fait, pour plus de sûreté, dès que la délivrance est achevée, une toilette soignée des organes génitaux avec de l'eau bouillie ou une solution antiseptique. Puis on place devant la vulve un morceau d'ouate stérilisée. C'est tout.

Dans la fièvre du travail grave, il y a un traitement local et un traitement général à faire.

a) *Traitement local.* Ce traitement a moins d'importance qu'on lui en a attribué. Il consiste surtout en *lavages utérins*.

Winter recommande spécialement, dès l'extraction ou l'expulsion spontanée de l'enfant achevée, *avant le détachement du placenta* — c'est-à-dire avant la rupture et l'ouverture des vaisseaux placentaires — de faire un lavage intra-utérin de deux à trois litres d'une solution antiseptique : sublimé (1 p. 5000), lysol (0,5 %) ou mieux, acide phénique (3 à 4 %). Cette désinfection hâtive et énergique détruirait sur place les germes morbides avant qu'ils aient eu le temps de se généraliser et permettrait d'obtenir, malgré l'existence de l'infection intra-utérine, des suites de couches normales.

M. le docteur Vinay n'agit qu'après la délivrance; l'accouchement terminé, on fait un lavage intra-utérin avec huit à dix litres d'eau bouillie, suivis de trois

litres de la solution iodo-iodurée selon la formule de Tarnier :

Teinture d'iode.....	9 grammes.
Iodure de potassium.....	18 grammes.
Eau bouillie.....	3 litres.

Il ne faut pas attacher à ces injections plus d'importance qu'elles n'en ont, car la désinfection de la muqueuse utérine est difficile à obtenir si l'infection date de quelques jours « Il serait préférable d'agir d'une façon plus agressive sur la muqueuse, au moyen d'écouvillons ou de curettes mousses que le professeur Pinard a introduites dans l'arsenal de l'accoucheur et qui sont d'un maniement facile dans l'endométrite septique de la grossesse. »

Wichmann est plus sceptique encore, quant à l'utilité des lavages; il s'en sert parcimonieusement chez ses parturientes fiévreuses, et toujours avec de l'eau bouillie : « Les déchirures guérissent d'elles-mêmes; avec les lavages, on réussit uniquement à détacher les caillots qui protègent les plaies, et les produits infectieux pénètrent partout. » Cette opinion est, à notre avis, un peu exagérée, et nous devons reconnaître que les injections intra-utérines ont, au début, une certaine utilité.

Les lavages utérins doivent être faits à la température de 45° et avec une sonde à double-courant, la femme étant sur le bord du lit, dans la position obstétricale. Ces lavages sont continués jusqu'à ce que le liquide injecté ressorte limpide. Si au bout de quelques jours, l'état ne s'améliore pas, c'est que la muqueuse

utérine est envahie profondément et il faut alors agir plus activement.

Nous sortirions des limites de notre sujet si nous voulions étudier en détail cette question du traitement local de la septicémie des suites de couches ; il nous suffira de citer les moyens préconisés : attaquer cette muqueuse infectée avec des *curettes mousses* et des écouvillons (Pinard) ; agir plus profondément et dès le début avec des *curettes tranchantes* (Charpentier) ; ne pas s'exposer à la perforation et faire un simple *nettoyage digital de la cavité utérine* (Budin), sous anesthésie.

(b) *Traitement général.* — Le traitement général a son importance et comprend des moyens médicamenteux et des moyens plutôt chirurgicaux.

La *quinine* agit contre la fièvre et en même temps tonifie l'organisme ; mais elle demande à être employée à haute dose d'emblée : un gramme de sulfate de quinine par 24 heures est une dose minimum, qu'on peut continuer plusieurs jours, puis diminuer progressivement.

L'*alcool* a une action tonique incontestable et soutient très bien l'organisme dans sa lutte. On le donnera sous forme de grogs, punch, potion de Todd et surtout vin de Champagne.

On agit très efficacement par les injections sous-cutanées de *serum artificiel* employées depuis quelque temps avec succès dans les infections et intoxications aiguës. Ces injections se font en général deux fois par jour et varient comme quantité, suivant le degré d'intoxication. Dans les cas graves on injecte matin et soir :

un demi-litre ou un litre de sérum tiède (38°) préparé selon la formule classique :

Chlorure de sodium, 7 grammes (1 cuillerée à café).

Eau stérilisée, 1 litre.

Lorsque l'intoxication est intense, on peut injecter plusieurs litres de sérum artificiel par jour (lavage du sang).

Un manuel opératoire simple est celui qui consiste à suspendre à un mètre cinquante au-dessus du malade un entonnoir ou un bock d'où part un tube en caoutchouc terminé par une aiguille pareille à celle du Potain. Le tout a été stérilisé soigneusement. On verse le sérum dans le récipient et après avoir fait la toilette de la région où l'on veut faire l'injection (flanc, fesse, etc.), on introduit l'aiguille sous la peau et on laisse s'écouler lentement le liquide.

Nous avons pour agir contre la septicémie d'autres moyens qui se rapportent au traitement général; nous les citons sans nous y arrêter : les *abcès de dérivation* (Fochier) qui ont donné de bons résultats dans plusieurs cas; la *sérothérapie antistreptococcique* qui n'a pas fourni jusqu'à présent (sérum de Marmoreck) les résultats qu'on est en droit d'espérer de cette méthode. Les limites de notre travail, ne nous permettent pas de nous appesantir plus longtemps sur ces modes de traitement, appelés à une pratique plus répandue lorsque leur action sera plus connue.

CONCLUSIONS

I. — Les trois périodes de la puerpéralité — grossesse, travail, postpartum — ne s'accompagnent, dans les circonstances normales, d'aucune fièvre.

II. — La fièvre du travail est un accident assez rare ; on la rencontre dans 2 à 3 0/0 des accouchements, environ.

III. — Elle affecte cliniquement : une *forme légère* (38° à 39°, pouls bon, état général satisfaisant, travail lent) et une *forme grave* (frisson initial, 40°, pouls discordant, vomissements, faciès grippé, utérus douloureux et tétanisé) qui se prolonge très souvent dans les suites de couches.

IV. — La fièvre fonctionnelle qui serait due (Winter), pendant l'accouchement, à l'excès de travail musculaire n'existe pas : *dans tous les cas, la fièvre des parturientes est le résultat d'une infection des voies génitales.*

Cette infection est de même nature que la septicémie des suites de couches : elle est due surtout aux streptocoques apportés du dehors par les manœuvres d'accouchement (doigts et instruments septiques) ou par un coït malpropre récent.

Ces germes pathogènes envahissent le liquide amniotique dès que les membranes sont rompues (forme légère) ou pénètrent dans la cavité utérine à la faveur d'érosions du col, avant ou au début du travail ; mais dans tous les cas, ils demandent pour se manifester un à trois jours d'incubation.

V. — Dans la forme grave, le pronostic est menaçant pour la mère qui est exposée à avoir de la septicémie dans le postpartum. Mais le pronostic est surtout sombre pour les enfants, qui meurent dans un tiers des cas, par transmission des toxines maternelles à travers le placenta.

VI. — La thérapeutique consiste en :

(a) Une *asepsie rigoureuse* de tout ce qui approche et touche la femme, dans les derniers jours de la grossesse et pendant le travail ; et l'isolement en cas de fièvre.

(b) Pendant le travail, si l'infection est légère : expectation et propreté irréprochable. *Si l'état est grave : hâter l'accouchement.* Le col est dilaté : forceps ou version. Le col n'est pas franchissable : agir par les moyens mécaniques : ballon de Champetier, écarteur de Tarnier, dilatation digitale (avec une ou deux mains) suivie du forceps ou de la version. Le bassin est rétréci : sacrifier l'enfant (basiotripsie).

(c) Surveiller la délivrance. Dans le postpartum si la fièvre subsiste : injections intra-utérines abondantes avec l'eau bouillie, puis la solution iodée. Injections sous-cutanées de sérum artificiel. Quinine et champagne à l'intérieur.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVARD. — Traité pratique des accouchements.
- CHARPENTIER. — Etiologie et traitement de la fièvre puerpérale, 1899.
- DEMELIN. — De la dilatation artificielle du col utérin pendant l'accouchement et en particulier de la dilatation bimanuelle. *L'Obstétrique*, 1898, p. 311.
- FRARIER. — Les procédés de dilatation artificielle du col chez les primipares dans les accouchements naturels, thèse de Lyon, 1899.
- GANGOLPHE ET J. COURMONT. — Communication sur la fièvre aseptique au 5^e Congrès de chirurgie, 1891.
- GLÖCKNER. — Temperaturmessungen bei gebärenden. *Ztsch. f. geburst und gynaek.* Bd. XXI, p. 386.
- GRIGG. — Influence de certaines affections péri-utérines sur les suites de couches. Soc. de gynécologie de Londres, juillet 1896.
- HANSEN. — Fiebertemperatur bei gebärenden, 1890.
- KAUTE. — Fieber in der geburt, thèse de Berlin, 1889.
- KRÖNIG. — Fieber in der geburt. *Centrabl. f. gyn.*, 1894, p. 749.
— — Ueber das bakterienfeindliche verhalten des scheidensekretes schwangerer. *Deutsche med. Wochenschr ft*, 25 oktober 1894.
- MENGE UND KRÖNIG. — Bactériologie du canal génital de la

- femme à l'état normal et pendant l'état puerpéral. *Wien med. Press*, n° 52, 1897.
- SEMMELWEISS. — Der begriff und die prophylaxie des kind-beltfiebers. Pest, Wien und Leipzig, 1861.
- STRASSMANN. — Anleitung zur aseptischen geburtshülfe. Berlin, 1895.
- VINAY. — Traité des maladies de la grossesse.
- — La psychologie du nouveau-né. *Sem. méd*, 1897, p. 33.
- — La fièvre du travail dans l'accouchement. *Bulletin méd.*, 1899, p. 349.
- WALTHARD. — Examen bactériologique des sécrétions génitales dans la grossesse et l'état puerpéral. *Arch. f. gyn.*, XLVIII, 2, 1895.
- WICHMANN. — Fieber in der geburt und im Wochenbett, thèse de Berlin, 1897.
- WINTER. — Fiebertemperatur in der geburt. *Soc. obst. et gyn.*, de Berlin, janvier 1891.
- WINTER. — Fieber in der geburt. *Ztsch. f. geburst. und gyn.*, Bd. XXIII, p. 172, 1892.
- Traité classiques d'accouchements.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRE.

Lyon, le 20 juin 1899.

Table des Matières

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	11
CHAPITRE II. — Etiologie et statistique	14
CHAPITRE III. — Symptômes, Formes cliniques et observations.....	17
1° Forme légère.....	17
2° Forme grave.....	18
Observations	20
CHAPITRE IV. — Pathogénie.....	36
1° Fièvre musculaire physiologique.....	37
2° Fièvre par résorption de produits putrides ..	40
3° Fièvre par infection des voies vaginales	43
CHAPITRE V. — Diagnostic	52
CHAPITRE VI. — Pronostic	54
CHAPITRE VII. — Thérapeutique.....	57
1° Prophylaxie.....	57
2° Traitement obstétrical	63
3° Traitement curatif.....	68
CONCLUSIONS.....	73
BIBLIOGRAPHIE	75

IMP. FACULTÉS, R. CAVENNE, 20, LYON.

